



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

© Fotografie Filip Franssen/ANP

Verbeterdoelen in beeld 2023

Deze publicatie is de jaarlijkse terugkoppeling van de Verbeterdoelen medisch specialistische zorg (msz) door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hiermee wil de IGJ ziekenhuizen stimuleren om van elkaar te leren en doorlopend samen te verbeteren. Naast het publiceren van deze 'Verbeterdoelen in beeld' gaat de IGJ in gesprek met de ziekenhuizen over alle door hen zelf aangeleverde verbeterdoelen.

Wat is een verbeterdoel?

Een verbeterdoel gaat over een risicovol onderwerp in de medisch specialistische zorg. Een verbeterdoel is bedoeld om risico's in de zorg te verminderen en zo de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Met de verbeterdoelen wil de IGJ dat ziekenhuizen en particuliere klinieken een volledige verbetercyclus borgen. Een verbetercyclus begint met een plan en uitvoering van dit plan. Dan is er een evaluatie van de uitvoering. Deze evaluatie is de input voor verbetermaatregelen. Zo begint de verbetercyclus opnieuw.

6 van de 9 verbeterdoelen

De IGJ vindt het belangrijk dat ziekenhuizen focus kunnen aanbrengen in wat zij willen verbeteren. Wij hebben de ziekenhuizen dan ook gevraagd om resultaten over 6 van de 9 beschikbare verbeterdoelen aan te leveren.

Voor deze publicatie is per verbeterdoel van de helft van het aantal ziekenhuizen de aangeleverde informatie gebruikt. Voor elk verbeterdoel zijn deze ziekenhuizen blind geselecteerd. Voor de volledigheid is na deze blinde selectie gekeken of van elk ziekenhuis een evenredig aantal verbeterdoelen meegenomen is. De inspectie gaat met alle ziekenhuizen in gesprek over de door het ziekenhuis aangeleverde verbeterdoelen.

Uit de volgende 9 verbeterdoelen konden de ziekenhuizen er 6 kiezen:

- Antistolling
- Cardiologische zorg
- Continuïteit van zorg
- Ketenzorg diabetische voetulcus
- Nuchterbeleid kinderen
- Ondervoeding (nieuw)
- Pijnbeleid
- Valpreventie bij ouderen
- Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)



Antistollingsbeleid

Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling



Cardiologische zorg

Optimaliseren cardiologische zorg



Continuïteit van zorg

Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten



Ketenzorg diabetische voetulcus

(samenwerking in de keten)

Optimaliseren ketenzorg patiënten met diabetische voetulcus



Nuchterbeleid kinderen

Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase



Ondervoeding (nieuw)

Optimaliseren screening en behandeling van ondervoeding voor, tijdens en na ziekenhuisopname



Pijnbeleid

Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling



Valpreventie bij ouderen

Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val



Vrijheidsbeperkende interventies

Terugdringen inzet (zware) VBI.

Verbetercyclus

De *plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus is een verbetercyclus die ziekenhuizen meer en meer toepassen om de zorg te verbeteren. In de PDCA-cyclus volgt na planvorming (*plan*), de uitvoering van het plan (*do*). Dan is er een evaluatie door bijvoorbeeld een meting of audit (*check*) en de daaruit volgende verbetermaatregelen (*act*). De IGJ merkt op dat verbeteringen mogelijk zijn. Uit de verbeterdoelen komt naar voren dat het voor ziekenhuizen soms lastig is om de volledige PDCA-cyclus te doorlopen en te borgen. We zien dat concrete resultaten duidelijker benoemd kunnen worden. Ook de evaluatie en de daaruit volgende verbetermaatregelen kunnen beter. Ziekenhuizen kunnen meer gebruik maken van zorguitkomsten of andere kwantitatieve informatie, om gericht zicht te krijgen op het effect van bepaalde verbetermaatregelen.

In dialoog

Het is belangrijk dat ziekenhuizen verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg. Met de verbeterdoelen kunnen zij zelf invulling geven aan de wijze waarop zij dit doen. Zo sluit de verantwoording aan bij de werkwijze van het ziekenhuis. Dit stimuleert de gesprekken over de thema's uit de verbeterdoelen. Zorgprofessionals zijn enthousiast over het effect dat er met de verbeterdoelen wordt bereikt. De IGJ wil samen met de ziekenhuizen in gesprek blijven over veiligheid en kwaliteit van zorg. Verbeterdoelen zijn een onderdeel hiervan. De gesprekken, bij voorkeur multidisciplinair en met ketenpartners, zijn een belangrijk element van leren van elkaar en samen verbeteren. Ga bij elkaar kijken en ga met elkaar in gesprek! Met de verbeterdoelen staat samenwerken aan kwaliteit en veiligheid van de zorg centraal. Daarbij roept de IGJ de ziekenhuizen op om ook een inhoudelijke toelichting te geven over beleid en afspraken. Zo krijgt de IGJ meer beeld van het beleid van het ziekenhuis.

Inspiratiesessie en uitwisselbijeenkomsten

In het kader van 'leren en verbeteren' zal ook dit jaar een inspiratiesessie worden georganiseerd. Dit jaar is het op 14 oktober 2024 en gaat over het verbeterdoel 'Vrijheidsbepenkende Interventies'. Van de inspiratiesessie publiceren wij weer een 'rode draad' op onze website. Daarnaast organiseren de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) bijeenkomsten om ervaringen te delen en van elkaar te leren. Ziekenhuizen gaan met elkaar in gesprek over een onderwerp uit een verbeterdoel met als doel van elkaar te leren en zo te verbeteren.

De 'Verbeterdoelen en toezichtvragen msz' is tot stand gekomen in samenwerking met:

- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)



Antistollingsbeleid

Het verbeterdoel stimuleert veilig gebruik van antistollingsmedicatie

Antistolling

Veilig gebruik van antistollingsmedicatie is belangrijk omdat:

- te veel antistollingsmedicatie kan leiden tot bloedingen;
- te weinig antistollingsmedicatie kan leiden tot infarcten of (recidief) trombose.

De complexiteit van de zorg neemt toe: aan de ene kant zijn er steeds meer verschillende typen antistollingsmedicatie; aan de andere kant is er een groter aantal oudere patiënten met meerdere aandoeningen.

Daarom is het belangrijk om het antistollingsprotocol goed na te leven. En is het belangrijk dat er áltijd beroep gedaan kan worden op een zorgprofessional met kennis en expertise van antistollingsmedicatie. Samenhang in de keten van zorg is hierbij cruciaal.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het hebben van een periprocedureel (rondom de ingreep) antistollingsprotocol én naleving van dit protocol.
2. Het beleggen van verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg, het hebben van duidelijke afspraken rondom antistollingsmedicatie en aandacht voor communicatie met zowel zorgverleners als patiënten.
3. Duidelijke afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd. Deze moet elke dag van de week elk uur van de dag beschikbaar zijn.

Beeld

Het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie' krijgt steeds meer aandacht bij de Nederlandse ziekenhuizen. Het is goed om te zien dat veel ziekenhuizen een verbeterslag hebben gemaakt. Toch is verbetering mogelijk. We zien het volgende:

- Veel ziekenhuizen hebben een periprocedureel antistollingsprotocol. Naleving van het protocol is niet bij alle ziekenhuizen bekend.
- Een beperkt aantal ziekenhuizen heeft de benodigde onderdelen van het periprocedureel antistollingsprotocol belegd, namelijk:
 - verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg;
 - het hebben van duidelijke afspraken rondom antistollingsmedicatie en;
 - aandacht voor communicatie met zowel zorgverleners als patiënten.

- Meerdere ziekenhuizen hebben afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd. De afspraak dat in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) een dienstdoende A(N)IOS (arts in opleiding) beschikbaar is voldoet niet.
- Meerdere ziekenhuizen hebben de lokale antistollingsexpertise, binnen en buiten kantoor tijden geborgd.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Inrichting van een multidisciplinair stollingscentrum om expertise en kennis vergroten.
- In netwerkverband leren van elkaar en zo verbeteren op het thema 'veilig gebruik van antistolling'.
- Er worden interne en *traceraudits* (waarbij je het tracé/spoor van de patiënt volgt) gedaan op het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie'. Op basis van de uitkomsten worden verbetermaatregelen ingezet.
- Instellen van een multidisciplinaire antistollingscommissie (ASC) of stolling (S)-team. Het multidisciplinaire ASC of S-team is verantwoordelijk voor het antistollingsbeleid. Hierbij worden structurele multidisciplinaire besprekingen gevoerd waarbij incidenten en complicaties op het gebied van antistolling worden besproken. De uitkomsten hiervan zijn input voor verbetermaatregelen.
- Een casemanager antistolling die geconsulteerd kan worden voor complexe antistollingsvraagstukken.
- Streven naar optimale communicatie over het beleid met patiënt, behandelaar, trombosedienst, huisarts en apotheek.
- Zakkaartje antistolling met een beslisboom of antistollingsnavigator.
- Scholing van zorgprofessionals door: onderwijsmomenten; bespreking van casuïstiek (praktijkvoorbeelden) en; *e-learning*s. Ook hebben sommige ziekenhuizen aandacht voor scholing in netwerkverband met de eerstelijnszorg en thuiszorg.



Wat moet beter

Antistollingsmedicatie is en blijft risicovol. Het is belangrijk dat de ketenzorg rondom antistolling goed geborgd is. Dat is nog niet overal het geval. Kennis en expertise van antistolling is hierbij cruciaal. Het is belangrijk dat het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie' onder de aandacht blijft.

Want alle ziekenhuizen moeten een antistollingsprotocol hebben met daarin opgenomen: verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg; afspraken rondom antistollingsmedicatie en communicatie met zowel zorgverleners als patiënten. Daarnaast moeten alle ziekenhuizen duidelijke afspraken hebben over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd én de beschikbaarheid van deze lokale antistollingsexpertise moet binnen en buiten kantoor tijden (24/7) zijn geborgd. Ook moeten ziekenhuizen de werkelijke werkwijze in de praktijk structureel evalueren en indien nodig verbeteren.

Richtlijn

[Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0 \(LSKA\)](#)
voor de eerste- en tweedelijnszorg: versie 2, 2014



Cardiologische zorg

Het verbeterdoel stimuleert optimalisatie van cardiologische zorg in Nederland

Cardiologische zorg

Hart- en vaatziekten zijn belangrijke oorzaken van sterfte en ziekte in Nederland. Onder andere door de groeiende aandacht voor preventie, optimalisering van ambulancezorg en medisch (technologische) mogelijkheden is de sterftkans afgenomen. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast echter toe. Naast vergrijzing zorgt dit voor een grote populatie chronisch zieken waarvoor optimale en passende cardiologische zorg noodzakelijk is.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Aantoonbaar kwaliteitsbeleid voor cardiologische zorg in de instelling.
2. Inzicht hebben in zorguitkomsten en zo nodig, vormgeven en implementeren van multidisciplinair vormgegeven verbetermaatregelen om de cardiologische zorg te optimaliseren.
3. Optimaliseren van de kwaliteit van de cardiologische zorg in Nederland.

Beeld

Meerdere ziekenhuizen hebben het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg aantoonbaar vormgegeven. Er zijn meer ziekenhuizen die zorguitkomsten inzichtelijk hebben en zicht hebben op mogelijke risico's voor patiëntveiligheid. Verbetermaatregelen worden steeds meer multidisciplinair vormgegeven en ingevoerd. Toch wordt dit niet door alle ziekenhuizen gedaan.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Een mooi voorbeeld van 'juiste zorg op de juiste plek' is het gebruik van apps die geschikt zijn voor thuismonitoring voor ziekenhuizen, huisartsen en de patiënt. Deze hebben een plaats binnen de zorg voor patiënten met hartfalen. Voorbeelden werden genoemd binnen de zorg voor patiënten met hartfalen en na een cardioversie in verband met boezemfibrilleren. Op basis van gegevens in de app wordt bepaald of poliklinische controle nodig is.

- Een ziekenhuis heeft een cardiolounge ingericht. Dit is gedaan op basis van ervaringen van personeel en patiënten. Voor de behandelingen op de cardiolounge is het niet noodzakelijk om in bed te liggen. De cardiolounge is ingericht met comfortabele stoelen. Het is een rustige, prettige omgeving met een zithoek en een grote leestafel met tijdschriften en WiFi. Het ziekenhuis zal het gebruik van de cardiolounge evalueren in een audit.
- Een aantal ziekenhuizen geeft aan onder meer te sturen op kwaliteit door bijvoorbeeld patiënttevredenheidsonderzoeken, spiegelgesprekken en *patient related outcome measures* (ervaringen van patiënten) (PROM). Een ziekenhuis geeft aan PROM-vragenlijsten te gaan inzetten binnen de 'electieve dotterprocedures' (PCI) en gebruikt deze data voor interne kwaliteitsdoeleinden en externe aanlevering aan de Nederlandse Hart Registratie (NHR).
- Naar aanleiding van een patiënttevredenheidsonderzoek (PTO) heeft een ziekenhuis een *patient journey* app ontwikkeld waarbij het zorgpad wat patiënten doorlopen in beeld wordt gebracht. Zo worden de ervaringen van patiënten benut om te leren en te verbeteren.
- Er worden zorgplangesprekken voor patiënten gehouden op de verpleegafdeling. Dit geeft inzicht in wat de patiënt wel en wat de patiënt niet wil. Een mooi voorbeeld van 'samen beslissen' en 'passende zorg'.
- Een ziekenhuis gaf aan een gezamenlijke kwaliteitsoverleg te hebben met de pacemaker (PM) cardiologen en PM technici waarbij de zorguitkomsten systematisch worden besproken.
- Meer en meer wordt gewerkt met *standard operating procedures* (SOP) gebaseerd op onder andere auditresultaten, incidenten- en calamiteitenanalyses, dossierchecks en de analyse van heropnames.
- En ziekenhuizen maken informatieve video's van cardiologische ziektebeelden voor patiënten.



Wat moet beter

We zetten het op een rijtje:

- Nog niet alle ziekenhuizen hebben hun kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg aantoonbaar vormgegeven.
- Nog niet alle ziekenhuizen hebben inzicht in eigen zorguitkomsten.
- Nog niet alle ziekenhuizen hebben verbetermaatregelen zo mogelijk multidisciplinair vormgegeven en ingevoerd om de cardiologische zorg te optimaliseren.

Norm

[NVVC Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie-document cardiologische zorg 2025](#)



Continuïteit van zorg

Het verbeterdoel stimuleert een goede overdracht na ontslag of overplaatsing uit het ziekenhuis

Goede overdracht

Een goede overdracht na ontslag of overplaatsing is op tijd, compleet en correct.

Een goede overdracht is noodzakelijk zodat de opvolgende zorgverlener goede (na)zorg kan geven. Dit kan bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, huisarts of thuiszorg zijn. In de eerste twee weken na ontslag of overplaatsing hebben patiënten vaak de meeste vragen of problemen. Is de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of thuiszorg niet op de hoogte van wat er in het ziekenhuis is gebeurd? Dan kunnen onveilige situaties ontstaan.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

Een goede en tijdige (< 24 uur) overdracht met minimaal:

1. Actuele aandoeningen en interventies tijdens opname.
2. Een behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden.
3. Een basisset medicatiegegevens.
4. Contactgegevens bij wie men informatie kan opvragen of met wie men kan overleggen.
5. Het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid.

Beeld

Menig ziekenhuis heeft zicht op 'overdracht na ontslag of overplaatsing' en benoemt indien nodig verbetermaatregelen. Dit is wat we zien:

- Meerdere ziekenhuizen sturen tijdig (binnen 24 uur na ontslag en overplaatsing) een complete overdracht. Een aantal ziekenhuizen benoemt een duidelijke norm waarop structureel gemonitord wordt, bijvoorbeeld 80% of 85% van de ontslagbrieven binnen 24 uur. Het verschil in het percentage tijdig gestuurde ontslagbrieven is groot: 30% - 82%.
- Een aantal ziekenhuizen is niet duidelijk over wat zij onder 'tijdige' overdracht verstaan. Ze hanteren andere termijnen of geven aan dat zij 'streven' naar een overdracht binnen 24 uur na ontslag of overplaatsing. Wat we zien is dat vooral in het weekend andere termijnen worden gehanteerd. Eén ziekenhuis geeft aan dat in het weekend de patiënt een papieren overdracht meekrijgt en pas na het weekend een digitale overdracht verstuurd wordt.
- Meer ziekenhuizen benoemen naast de schriftelijke overdracht de 'warme' overdrachten (telefonisch contact van de behandelaar naar de opvolgende zorgprofessional). Specifieke patiëntgroepen

worden hiervoor benoemd: patiënten met een kwaadaardige aandoening; patiënten die snel achteruitgaan; terminale patiënten; hoog complexe patiënten en kwetsbare ouderen.

- Meer ziekenhuizen werken samen met regiopartners om een goede overdracht na ontslag of overplaatsing uit het ziekenhuis te verbeteren. Daarbij wordt de kwaliteit van de overdracht vaker met de ketenpartners geëvalueerd.
- Een aantal ziekenhuizen benoemt dat de overdracht standaardonderdelen volgens de richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (richtlijn HASP) bevat. Andere ziekenhuizen gaan niet in op deze standaardonderdelen van een overdracht. Terwijl deze elementen minimaal nodig zijn om te kunnen spreken van een complete overdracht.

De resultaten stagneren op een aantal punten in vergelijking met vorig jaar. Zo is de tijdigheid (binnen 24 uur na ontslag of overplaatsing) én compleetheit van de overdracht in veel ziekenhuizen nog niet op orde. Datzelfde geldt voor specifieke aandacht voor de overdracht van kwetsbare ouderen. Het aantal ziekenhuizen dat met regiopartners een transmurale zorgbrug (samenwerking met zorgprofessionals buiten het ziekenhuis) of casemanagement (één eerste aanspreekpersoon voor een patiënt) organiseert, is gelijk gebleven.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Samenwerking met andere ziekenhuizen waarbij de ziekenhuizen elkaars informatie kunnen inzien en gegevens kunnen gebruiken.
- Specifieke aandacht voor de kwetsbare patiënt. Zo heeft een ziekenhuis een multidisciplinaire werkgroep ontslag. Hierbij is de afdeling ouderengeneeskundige initiator en betrokken bij de overdracht in het algemeen en specifiek voor de kwetsbare ouderen. Ze richten zich op functiebehoud (dat mensen kunnen blijven doen wat ze deden) van de kwetsbare ouderen. Ook maken zij een digitaal transferdossier voor patiënten die naar verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) overgeplaatst worden. De afdeling ouderengeneeskundige geeft adviezen over de mate van kwetsbaarheid, het vervoltraject en de overdracht.
- Afspraken met een ketenpartner voor zorg aan kwetsbare ouderen in de regio voor een zogenoemde Transmurale Zorgrotonde.
- Integratie van de transmurale zorg brug in regulier ontslagbeleid. Er wordt hierin nauw samengewerkt met het ouderenprogramma van de huisartsen.
- Regionale transmurale afspraken medische zorg met partners uit 1e, 2e en 3e lijn waarbij afspraken zijn gemaakt over de inhoud van de medische-, verpleegkundige- en medicatieoverdracht.
- Het op tijd versturen van ontslagbrieven *real time* monitoren. Een ziekenhuis toonde een verbetering van 68% in het eerste kwartaal naar 78% in het vierde kwartaal van 2023. Een ander ziekenhuis toonde een verbetering van 30% (2021) naar 77% (2023).

- Het inrichten van een 'ontslagtegel' in het elektronisch patiënt dossier, zodat per patiënt de taken inzichtelijk zijn die voltooid moeten worden voordat een patiënt met ontslag kan.
- Leren en verbeteren via transmuraal incident melden.
- Evaluatie van warme overdrachten met huisartsen.
- Ketenaudits tussen ziekenhuizen en VVT instellingen.
- 'Traceraudits' (cliëntreis in kaart brengen gericht op overdrachtmomenten).
- Samenwerkende ziekenhuizen die bij elkaar audits uitvoeren.
- 'Safety II' actieonderzoek 'Leren van geslaagd ontslag'.



Wat moet beter?

Dit is de vierde en tevens laatste keer dat het verbeterdoel 'Goede continuïteit van zorg' is uitgevraagd. Een complete en tijdige overdracht na ontslag of overplaatsing conform de richtlijn HASP en de Leidraad zou inmiddels een gegeven moeten zijn. Maar we zien dat dit nog niet overal zo is.

Het volgende moet beter:

- Ziekenhuizen moeten structureel de overdracht evalueren op tijdigheid, gedefinieerde verantwoordelijkheden, compleetheit en correctheid.
- Daarbij kunnen ziekenhuizen de evaluatieresultaten gebruiken om verbetermaatregelen te formuleren en indien nodig hun beleid bij te stellen. Hiermee laten ziekenhuizen zien dat zij de *plan-do-check-act* cyclus hanteren.
- Ziekenhuizen moeten actief samenwerken met ketenpartners in de regio en kunnen veel van elkaar leren. Dat geldt voor de tijdigheid en compleetheit van de overdracht en ook voor de evaluatie van de ervaren kwaliteit van de overdracht met ketenpartners.
- Ziekenhuizen die het nog niet lukt om een complete overdracht tijdig (binnen 24 uur na ontslag of overdracht) te versturen moeten in belang van een goede continuïteit van zorg maatregelen treffen.

Richtlijn

[Leidraad Zorgpad kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten heen van de NVKG \(2018\)](#)
[Richtlijn Informatie-uitwisseling van Huisarts en medisch specialist \(HASP\) van de NHG \(2017\)](#)



Ketenzorg diabetische voetulcus

Het verbeterdoel stimuleert een optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus én evaluatie van de uitkomsten

Ketenzorg diabetische voetulcus

- Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Als dat niet gebeurt is er een risico op amputatie van de voet.
- Om dit risico te verminderen is een integrale en multidisciplinaire ketenzorg cruciaal.
- Voor iedere zorgprofessional in deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg moet duidelijk zijn wanneer welke taken verricht moeten worden.

De volgende disciplines zijn hierbij betrokken:

- (medisch) pedicure
- (diabetes) podotherapeut
- praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)
- diabetesverpleegkundige
- huisarts
- het multidisciplinaire voetenteam in het ziekenhuis

Het multidisciplinaire voetenteam in het ziekenhuis bestaat ten minste uit een:

- vaatchirurg
- internist
- revalidatiearts
- wondverpleegkundige
- orthopedisch schoentechnicus
- (diabetische) podotherapeut
- gipsverbandmeester

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus conform de richtlijn Diabetische voet.
2. Een verbetercyclus van deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg met focus op samenwerken, evalueren, leren en verbeteren.

Beeld

Aan de ene kant zien we dat een aantal ziekenhuizen een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus met een voetulcus hebben ingericht. Er is hierbij aandacht voor een goede doorverwijzing van patiënten. Ook zien we dat er, naast interne scholing, aandacht is voor scholing in de eerstelijns-

zorg en dat er regionale symposia worden georganiseerd. Dit is goed omdat daarmee het kennisniveau hoger wordt in de gehele zorgketen. Ook wordt de zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een diabetische voetulcus vergroot. Daarnaast zien we dat er vaker sprake is van een multidisciplinaire samenwerking in het voetenteam.

Aan de andere kant zien we dat nog niet alle ziekenhuizen dit op orde hebben. Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Ook zien we dat nog niet alle zorgprofessionals in de gehele zorgketen betrokken zijn bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen. Niet alle ziekenhuizen die patiënten met een diabetische voetulcus behandelen, hebben een multidisciplinair voetenteam conform de richtlijn Diabetische voet.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Er zijn ziekenhuizen die een regionaal symposium organiseerden op het thema optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus. Het is goed om te zien dat alle ketenpartners actief worden benaderd om deel te nemen. Zo wordt kennis en expertise gedeeld binnen de gehele keten. Een goed voorbeeld van leren van elkaar en samen verbeteren.
- Meerdere ziekenhuizen geven aan te beschikken over een vast aanspreekpunt in de integrale en multidisciplinaire keten zodat zorgprofessionals laagdrempelig contact op kunnen nemen met de expertgroep.
- Ziekenhuizen geven een digitale nieuwsbrief uit voor verwijzers. Hiermee wordt de samenhang en zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg bevorderd. Dit is ook belangrijk voor zorgprofessionals dat zij weten naar wie zij de patiënt moeten verwijzen.
- Ziekenhuizen geven aan om van elkaar te leren door bij een ander ziekenhuis te ervaren hoe de ketenzorg van patiënten met een diabetische voetulcus kan worden geoptimaliseerd.
- *Patient Reported Outcome Measures* (ervaringen van patiënten) (PROM) worden uitgevraagd om de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus te evalueren en hiervan te leren en te verbeteren.
- Inrichting van een 'Eerste Diabetische Voet Hulp', waarbij patiënten snel na verwijzing worden beoordeeld en gediagnostiseerd. Vervolgens kan op tijd gestart worden met de behandeling.



Wat moet beter

Het is belangrijk dat er een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus is. Hiermee kunnen ernstige complicaties worden voorkomen. Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Daarnaast moeten alle zorg-

professionals in de gehele keten, eerste- en tweedelijnszorg, betrokken worden bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen. Ziekenhuizen die patiënten met een diabetische voetulcus behandelen, moeten een multidisciplinair voetenteam hebben conform de richtlijn Diabetische voet.

Dit zijn de verbeterpunten op een rijtje:

- optimaliseren van samenwerking tussen verschillende partijen in de keten
- continuïteit en samenstelling van het multidisciplinaire voetenteam
- vergroten zichtbaarheid ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus
- vergroten kennis en expertise
- zicht hebben op en leren van de uitkomsten van de geleverde zorg

Richtlijn

Richtlijn Diabetische voet (NIV 2017) https://richtlijndata-base.nl/richtlijn/diabetische_voet/diagnostiek.html

IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease 2023 update



Nuchterbeleid kinderen

Het verbeterdoel stimuleert dat kinderen tot kort voor de operatie heldere glucose houdende dranken mogen drinken.

Nuchterbeleid kinderen

In Nederland is door de kinderanesthesiologen afgesproken dat kinderen tot kort voor de operatie heldere glucose houdende dranken mogen drinken (6-4-0/1 principe).

Aan de ene kant is het nuchter houden van de patiënt bij een ingreep onder narcose belangrijk om inademing van voedsel in de longen te voorkomen. Aan de andere kant kan de bloed-glucosewaarde te laag worden en kan de bloeddruk dalen als een patiënt te lang nuchter is. Ook kan het leiden tot stress en discomfort.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Beleid om te voorkomen dat kinderen te lang nuchter zijn voor anesthesie. Het 6-4-0/1 principe betekent dat kinderen tot kort voor de operatie nog heldere glucose houdende dranken mogen drinken.
2. Duidelijke werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers over hoe te handelen bij dreigend te lang nuchter zijn. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als de operatie

- later is dan gepland. Ook moet de informatievoorziening naar ouder(s)/verzorger(s) en het kind goed verlopen.
3. Het in begrijpelijke taal geven van mondelinge én schriftelijke informatie over het risico van te lang nuchter zijn aan ouder(s)/verzorger(s) en het kind voorafgaand aan de operatie.

Beeld

- Meerdere ziekenhuizen bieden kinderen heldere glucose houdende dranken aan tot kort voor de operatie. Toch heeft nog een aantal ziekenhuizen geen beleid om te voorkomen dat kinderen langer dan twee uur (120 minuten) nuchter zijn. Want afgesproken is dat kinderen tot kort voor de anesthesie heldere glucose houdende dranken mogen drinken. Bij deze ziekenhuizen is het (nog steeds) niet duidelijk of het 6-4-0/1 principe, conform de landelijke richtlijn, wordt gehanteerd. Deze ziekenhuizen lopen achter op de landelijke ontwikkelingen.
- Meerdere ziekenhuizen hebben duidelijke werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers als de operatie later is dan gepland. Hiermee wordt voorkomen dat het kind te lang nuchter is. De informatievoorziening naar ouder(s)/verzorger(s) en het kind verloopt goed. Ook hier geldt voor een aantal ziekenhuizen dat deze werkafspraken nog niet leidend zijn. Dit kan ertoe leiden dat kinderen onnodig lang nuchter zijn voor een operatie.
- Bijna alle ziekenhuizen geven aan dat ouder(s)/verzorger(s) en het kind voorafgaand aan de operatie mondelinge én schriftelijke informatie krijgen in begrijpelijke taal over het risico van te lang nuchter zijn. Er zijn meerdere mooie voorbeelden hoe deze informatie op verschillende manieren wordt aangeboden.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Ziekenhuizen bieden glucose houdende dranken aan direct bij opname op de verpleegafdeling. Ook geven ziekenhuizen waterijsjes tot vlak voor de operatie en op de verkoeverkamer (kamer om bij te komen na de operatie).
- Er zijn veel mooie voorbeelden van het in begrijpelijke taal geven van mondelinge én schriftelijke informatie over het voorkomen dat kinderen onnodig lang nuchter zijn voorafgaand aan de operatie zoals:
 - Positief taalgebruik ('wat mag wel' in plaats van 'wat mag niet' en 'het is goed om te blijven drinken tot kort voor de operatie').
 - Een digitale voorlichtingsmiddag.
 - Een informatiefolder gericht op kinderen. Deze folder is zo gemaakt dat kinderen worden meegenomen in een verhaal.
 - Het in meerdere talen (tot wel 13) aanbieden van informatie.
 - Aandacht voor laaggeletterdheid.
 - Informatie aanbieden via een QR-code.
 - Digitaal toesturen van de informatie.
 - Voorleesfunctie op de website.

- Interactieve websites, speciaal voor kinderen.
- Informatie aanbieden via een *infographic*.
- Leren van ervaringen en behoefte aan (wijze van) informatie van kinderen en ouders. Bijvoorbeeld door enquêtes en spiegelgesprekken.



Wat moet beter

- Er is nog een aantal ziekenhuizen dat niet het 6-4-0/1 principe hanteert. Dit betekent dat kinderen in deze ziekenhuizen niet tot vlak voor de operatie glucose houdende dranken kunnen drinken. De IGJ verwacht van de ziekenhuizen die de landelijke richtlijn (nog) niet ingevoerd hebben dat zij deze per direct invoeren.
- Er is nog een aantal ziekenhuizen dat de werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers nog niet duidelijk heeft vastgelegd. Het maken van werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers voorkomt dat kinderen onnodig lang nuchter zijn als de operatie later is dan gepland. De IGJ vraagt de ziekenhuizen die dit (nog) niet op orde hebben om deze werkafspraken per direct te maken.
- We zien dat het beleid van meerdere ziekenhuizen gericht is op het risico van te kort nuchter zijn. Kinderen mogen 'tot één uur voor OK' heldere vloeistoffen. Het zou goed zijn als meer ziekenhuizen het beleid richten op het 'tot vlak voor de operatie drinken van glucose houdende dranken'. De richtlijn geeft aan 6-4-0/1, in de praktijk is het gangbaar dat drinken tot aan de operatie wordt aangehouden. Dit is een ander perspectief waar ziekenhuizen aandacht voor moeten blijven houden, zodat de zorg geoptimaliseerd wordt.
- Op 2 oktober 2023 organiseerde de IGJ samen met haar samenwerkingspartners een inspiratiesessie 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase'. Een rode draad vanuit de inspiratiesessie vindt u hier [Inspiratie verbeterdoelen | Ziekenhuizen en klinieken | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#).

Richtlijnen en Handvest kind en ziekenhuis

SKA Nuchterbeleid bij Kinderen. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie – Sectie Kinderanesthesiologie; januari 2019. https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_Protocol_SKA_Nuchterbeleid.pdf

Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse vereniging voor Heelkunde; januari 2022. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_voedingsbeleid/startpagina_-_perioperatief_voedingsbeleid.html



Ondervoeding (nieuw)

Het verbeterdoel stimuleert een optimale screening en behandeling van ondervoeding voor, tijdens en na een ziekenhuisopname

Optimale screening en behandeling van ondervoeding

Ondervoeding kan vervelende gevolgen hebben. Denk bijvoorbeeld aan minder goed lichamelijk functioneren, slechtere wondgenezing en langer verblijf in het ziekenhuis. Maar ook kan ondervoeding leiden tot verminderde kwaliteit van leven, verhoogde kans op overlijden en achterblijvende groei bij kinderen. Dit verbeterdoel gaat over het op tijd herkennen en behandelen van ondervoeding. Aandacht voor ondervoeding is nodig voorafgaand aan een opname, bijvoorbeeld door poliklinisch te screenen bij hoog risico patiënten. Ook tijdens en na een ziekenhuisopname blijft dit een aandachtspunt. Zo kunnen ziekenhuismedewerkers ondervoeding of verdere achteruitgang van de voedingstoestand tijdens een opname voorkomen en op tijd behandelen. Tevens kunnen ziekenhuismedewerkers voorschrijven dat de behandeling na ontslag verder gaat.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een tijdige screening op ondervoeding voorafgaand aan en tijdens een ziekenhuisopname.
2. Het inzetten van acties na signalering van ondervoeding.
3. Het inzetten van een behandelplan in afstemming met de patiënt (en/of met mantelzorg(er)s) en bij kinderen met ouder(s)/verzorger(s).
4. Duidelijkheid over wie welke verantwoordelijkheden heeft.
5. Duidelijkheid over wat de behandeldoelen zijn.
6. Een passende overdracht naar het netwerk afgestemd met patiënt (en/ of mantelzorg(er)s) en bij kinderen met ouder(s)/ verzorger(s) voor continuïteit van zorg voor ondervoeding.

Beeld

Het beeld is dat ziekenhuizen elementen van de signalering en behandeling van ondervoeding ingevoerd hebben. Dit is wat we zien over hun aanpak van ondervoeding:

- Een aantal ziekenhuizen heeft beleid over de screening en behandeling van ondervoeding.
- Een aantal ziekenhuizen gaat in op hoe de screening en behandeling van ondervoeding bij kinderen is vormgegeven. Belangrijk is om het beleid voor kinderen, volwassenen en ouderen duidelijk vorm te geven en te benoemen in de aanlevering.
- Het benoemen van acties na het signaleren van ondervoeding wordt genoemd.

- Een aantal ziekenhuizen benoemt dat ook voorafgaand aan een ziekenhuisopname risicopatiënten in beeld zijn als het gaat om ondervoeding. Dit gebeurt dan bij enkele omschreven typen risicopatiënten. Bijvoorbeeld patiënten hoofdchirurgie tijdens de screening voorafgaand aan een operatie.
- Over het algemeen is nog werk aan de winkel bij het in kaart brengen van risicopatiënten. Vervolgens gaat het erom dat ziekenhuizen bij deze patiënten voorafgaand aan een ziekenhuisopname een screening uitvoeren op ondervoeding. En indien nodig voorafgaand aan opname al preventief een behandeling voorschrijven.
- De betrokkenheid van en afstemming met patiënt en/of mantelzorg(s) of bij kinderen de ouder(s) of verzorger(s) wordt in een enkel geval duidelijk benoemd. Dan gaat het over de formulering van doelen van het behandelplan en ook over de overdracht naar de eerstelijnszorgverleners (huisarts, diëtist).
- Verantwoordelijkheden van zorgprofessionals voor, tijdens en na de ziekenhuisopname worden niet duidelijk benoemd. Behandeldoelen worden ook niet duidelijk beschreven.
- Wat betreft de overdracht naar de eerstelijnszorg geven ziekenhuizen meerdere varianten aan. Zo kan het onderdeel zijn van de ontslagbrief van de hoofdbehandelaar naar huisarts. Het kan in de overdracht van de ziekenhuisdiëtist naar de eerstelijnsdiëtist. Ook kan het in de verpleegkundige overdracht staan of dat patiënten verzocht worden zelf contact op te nemen met de diëtist in de eerstelijnszorg. Hier is niet één werkwijze in te vinden. Dan volgt de vraag: hoe weten zorgprofessionals in de keten of er sprake is van ondervoeding en wat het behandelplan is? In een enkel geval gaat het ziekenhuis in op regionale samenwerking. Duidelijk zou moeten zijn wie wat doet op welk moment. Aandacht wordt gevraagd voor de verantwoordelijkheden van medisch specialisten als het gaat om voedingszorg, bijvoorbeeld door deze op te nemen in de ontslagbrief.
- Meerdere ziekenhuizen hebben de tijdige screening en behandeling van ondervoeding tijdens ziekenhuisopnames bij volwassen patiënten ingevoerd. In menig ziekenhuis behoeft dit hernieuwde aandacht.
- Een aantal ziekenhuizen geeft als knelpunt de beperkte mogelijkheden om de benodigde informatie over (onder)voeding, waaronder voedingsinname vast te leggen in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Innovatie op dit vlak vraagt de nodige aandacht.
- Ziekenhuizen waarbij ondervoeding is beleg bij een centrale voedingscommissie hebben vaak een betere beschrijving van het ondervoedingsbeleid en een continue verbetercyclus.
- Van zelfstandige radiotherapeutische instituten (ZRI) ontving de inspectie wisselende resultaten. Enkele ZRI benoemden ondervoeding als prioriteit. Een andere benoemde geen duidelijk beleid om patiënten te screenen en te behandelen voor ondervoeding vóór behandeling bij de ZRI. Weer een andere ZRI legde de verantwoordelijkheid bij de verwijzend hoofdbehandelaar.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Een ziekenhuis benoemde in de aanlevering de multidisciplinaire aanpak voor ondervoeding, waarbij afspraken structureel geëvalueerd werden. Het ziekenhuis vroeg in de eerstelijnszorg feedback over de overdracht. Het ziekenhuis had innovatieve oplossingen waaronder een elektronisch bestelsysteem gekoppeld aan het elektronisch patiënten dossier (EPD) met specifieke menu-opties en het bijhouden van voedingsinname van ondervoede patiënten.
- Een ziekenhuis benoemde risicopatiënten die voorafgaand aan een ziekenhuisopname poliklinisch gescreend werden en waarbij indien nodig vóór opname een behandeling gestart werd. Dit ziekenhuis had een 'vraag van de maand' waarbij het thema ondervoeding onder de aandacht werd gebracht van zorgprofessionals.
- Een ziekenhuis omschreef de focus op het 'prehabiliteren' (fit zijn voorafgaand aan een operatie) van patiënten.
- Er werd onderzoek gedaan naar bij welke patiënten een poliklinische screening van toegevoegde waarde is. Daarnaast onderzocht het ziekenhuis hoe zij de rol van de verpleegkundige kunnen versterken bij de screening en behandeling van ondervoeding.
- Een ander ziekenhuis omschreef in het verbeterdoel inhoudelijk de procedure met gerichte aandacht voor de screening en behandeling van ondervoeding. Het ziekenhuis had een centrale voedingscommissie ingesteld.
- Er werd een 'transmuraal' samenwerkingsverband diëtetiek beschreven.
- Een ziekenhuis gaf aan deel te nemen aan landelijke programma's en (inter)nationale bij- en nascholing.
- Er werd onderzoek gedaan naar een nieuwe vorm van screening van ondervoeding.
- Een ziekenhuis voerde een ziekenhuisbrede audit uit en gebruikte stuurinformatie om continu te verbeteren.



Wat moet beter?

Dit is de eerste keer dat het verbeterdoel Ondervoeding is uitgevraagd. Het onderwerp is actueel in kader van preventie en passende zorg. Ziekenhuizen hebben op elementen een tijdige screening van ondervoeding ingevoerd en er is op meerdere aspecten zichtbaar dat verbetermaatregelen worden ingezet. Er is echter ook ruimte voor verbetering. Een aantal ziekenhuizen maakt keuzes in de wijze waarop zij ondervoeding signaleren en behandelen. Hierbij blijft het de vraag in hoeverre dit in afstemming is met de richtlijnen of met de stuurgroep ondervoeding. Verder zijn er genoeg mooie voorbeelden om van te leren en een tijdige signalering en behandeling in afstemming met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger(s) verder te verbeteren. Ziekenhuisbrede voedingscommissies worden

uitgenodigd om ervaringen te delen, bij elkaar te kijken en van elkaar te leren.

Het is belangrijk om ondervoeding op tijd te signaleren. Als patiënten ondervoed zijn moeten ze behandeld worden. Patiënten zijn dan namelijk beter in staat om een ziekenhuisopname en/of een behandeling goed te doorstaan. Behandeling van ondervoeding zorgt voor een sneller en beter herstel. Ook wordt de kwaliteit van leven beter. Overdracht en afstemming in de keten is bij ondervoeding noodzakelijk.

Richtlijn

- [Leidraad Screening op – en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;](#)
- [Ondervoeding bij de geriatrische patient. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;](#)
- [Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;](#)
- [Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;](#)
- [Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.](#)



Pijnbeleid

Dit verbeterdoel stimuleert een optimaal pijnbeleid

Optimaal pijnbeleid

Pijn is een belangrijk signaal voor het lichaam en kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat pijn bij alle patiënten tijdig herkend en behandeld wordt. Zo wordt de zorg verbeterd en neemt het risico voor patiënten af.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een pijnbeleid.
2. Een infrastructuur, zoals een pijnservice.
3. Goede toegang tot expertise.
4. Een passend signaleringssysteem.
5. Beheersing van gebruik pijnmedicatie.
6. Niet-farmacologische interventies bij pijn.

Beeld

Het beeld is ook dit jaar dat ziekenhuizen elementen van een optimaal pijnbeleid ingevoerd hebben. Over het algemeen valt op dat de ziekenhuizen het beleid niet altijd inhoudelijk beschrijven, ook concrete resultaten vanuit evaluaties ontbreken vaak.

Dit is wat we zien:

- Meerdere ziekenhuizen beschikken over een (overkoepelend) pijnbeleid uitgesplitst naar specifieke patiëntgroepen. Denk hierbij aan: ouderen, kinderen, oncologie, cardiologie, obstetrie, psychiatrie en palliatieve patiënten. Toch is er een aantal ziekenhuizen waarvan niet duidelijk is wat de inhoud van het pijnbeleid is. Ook is niet duidelijk of deze ziekenhuizen beschikken over een pijnbeleid voor specifieke patiëntengroepen.
- Meerdere ziekenhuizen beschikken over een infrastructuur, zoals een (acute) pijnservice (APS) of pijnteam. Het is niet altijd duidelijk hoe de APS multidisciplinair is samengesteld. En of de anesthesiologen die deel uitmaken van de APS gespecialiseerd zijn in pijn. Deze ziekenhuizen zorgen ervoor dat zorgverleners beschikking hebben over goede toegang tot expertise op het gebied van pijn. De meeste beschikbare expertise richt zich op verpleegkundigen, een aantal noemt de toegang tot expertise voor A(N)IOS (artsen in opleiding) en medisch specialisten.
- Meerdere ziekenhuizen gebruiken een passend signaleringssysteem voor het vaststellen van pijn. Een signaleringssysteem is toegespitst op verschillende patiëntgroepen. Hierbij is aandacht voor de interventies na het opsporen van pijn en ook is er een controle op het effect van de interventie. Daarentegen zijn er ook meerdere ziekenhuizen die niet ingaan op de inhoud van het signaleringssysteem. Of die het signaleringssysteem niet toespitsen op specifieke patiëntengroepen. Of ziekenhuizen die niet aangeven wat de interventie en het effect is van de interventie als pijn bij een patiënt gesignaleerd is. Zoals ook vorig jaar is aangegeven: let wel, een pijnscore alleen is niet voldoende. Het is belangrijk om naar de pijnbeleving van een patiënt te kijken om vervolgens gericht te kunnen ingrijpen.
- Meerdere ziekenhuizen besteden aandacht aan het verantwoord voorschrijven van potentieel verslavende pijnmedicatie. Een aantal ziekenhuizen gaat hier niet op in of oriënteert zich op verbeterinitiatieven. Hierbij blijft het van belang dat een stopdatum én de maximale hoeveelheid bepaald worden zodat medicatie niet onnodig lang gegeven wordt. En het is ook belangrijk dat groepen patiënten na een grote operatie met aanhoudende pijn weten bij wie zij terecht kunnen.
- Tot slot besteden meerdere ziekenhuizen aandacht aan niet-farmacologische interventies bij pijn. Wel is er verschil in ziekenhuizen tussen structureel dan wel *ad hoc* aanbod van niet-farmacologische interventies. Er zijn veel mooie voorbeelden voor zowel het operatiecomplex als algemene verpleegafdelingen om van te leren en te verbeteren.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Onderzoek naar de mogelijkheden van een 'Transitioneel Pijnteam'. Hierbij worden risicopatiënten op ernstige acute of chronische postoperatieve (na de operatie) pijn en/of middelenmisbruik al voor de operatie opgespoord. Vervolgens worden deze risicopatiënten gedurende opname en na ontslag uit het ziekenhuis gevolgd.
- Monitoring via interne en externe audits, dossierreviews, spiegelgesprekken en een opiatendashboard.
- Aanstellen van speciale medewerkers: aandachtsvelders pijn en -complementaire zorg.
- Betrekken van andere disciplines op het moment dat pijn het functioneren van de patiënt belemmert. Denk hierbij aan: fysiotherapie, revalidatie, psychologie, geestelijke verzorging, maatschappelijk werk of pedagogisch medewerkers.
- Er zijn meerdere voorbeelden voor de toegang tot expertise en kennisoverdracht. Zoals: structureel overleg van 'aandachtsvelders pijn' en een (acute) pijnservice (APS); spiegelgesprekken met verschillende *stakeholders*; meekijkconsulten huisartsen voor triage (beoordeling) en advies en periodieke nieuwsbrieven aan huisartsen.
- Divers aanbod van scholing in pijn voor zorgprofessionals via bijvoorbeeld themaweek, refereeravonden, klinische lessen, onderdeel van introductiescholing van nieuwe verpleegkundigen, A(N)IOS (artsen in opleiding) en medisch specialisten, pijnconsultanten die op de afdeling *training on the job* aanbieden.
- Gebruik en ontwikkeling van (zelfmanagement) pijn-apps voor patiënten voor het signaleren van pijn.
- Regionale afspraken over pijnstilling na een operatie met verschillende *stakeholders* met aandacht voor reductie van het opiatengebruik en informatievoorziening aan patiënten.
- Opioiden alerts in het elektronisch patiëntendossier (EPD), medicatieschema's in EPD ter ondersteuning van een huisarts, afspraken met huisartsen over voorschrijven van opiaten.
- Ketenprotocol voor huisartsen en apothekers met regionale afspraken over pijnmedicatie.
- Voorbeelden van niet-farmacologische interventies bij pijn: muziek op de operatiekamer; aromatherapie; koude- en warme kompressen; *virtual reality* (VR)-bril; complementaire pijnbehandelingen; pijneducatie; *comfort talk*; plafondplaten ter afleiding; *story wall* voor kinderen; *therapeutic touch*; (hand)massage; samenwerking met fysiotherapeuten voor reductie van pijn- en angst via ademhalingsoefeningen en bij chronische pijnpatiënten transcutane elektrische neuro stimulatie (TENS) behandeling.



Wat moet beter?

Ziekenhuizen hebben elementen van een optimaal pijnbeleid ingevoerd en zijn duidelijk betrokken bij de optimalisatie van pijnbeleid.

Er is echter ook ruimte voor verbetering. Zo dient een zorgvuldig pijnbeleid te bestaan uit:

- opsporing van pijn,
- aandacht voor de verschillende pijn categorieën (acute en chronische pijn, oncologische pijn, pijn bij benigne (goedaardige) ziekteprocessen, pijn in de palliatieve fase),
- analyse van de oorzaak van pijn,
- het inschatten van het risico op het ontstaan van chronische pijn,
- behandeling van pijn,
- de infrastructuur,
- en een evaluatie via de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus.

Deze zaken kunnen nog verbeterd worden.

Daarbij is het verantwoord voorschrijven van pijnmedicatie en het toepassen van niet-farmacologische interventies bij pijn in menig ziekenhuis nog een punt van aandacht. Het is belangrijk dat patiënten met pijn na een behandeling weten waar zij terecht kunnen.

Voor inspiratie verwijzen wij graag naar de rode draad 'een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling' van de inspiratiesessie van 3 oktober 2022. [Een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

Richtlijn

- Richtlijn Postoperatieve pijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2012. https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/postoperatieve_pijn/startpagina_-_postoperatieve_pijn.html
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2015. https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/externe-richtlijnen/pijn_bij_kanker-2015.pdf
- Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1,2,3. Met herziene tekst. (ISBN 978-90-74785-11-2). Utrecht: Verenso; 2016. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/VER-003-32-Richtlijn-Pijn-deel1-v5LR.pdf
- Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen. (ISBN 978-90-811641-4-6). Nijmegen:

- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen; 2010. https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_RL_Pijnbehandeling_Traumapatiënten.pdf
- Richtlijn Palliatieve zorg bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2013. <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn-palliatieve-zorg-voor-kinderen>
 - Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2007. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/pijnmeting_en_behandeling_bij_kinderen/startpagina_-_pijnmeting_en_behandeling_bij_kinderen_2024.html
 - Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; 2013. <https://www.nvic.nl/wp-content/uploads/2022/01/richtlijn-sedatie.pdf>
 - Richtlijn Pijn in: Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de Praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC); 2010.
 - Richtlijn pijn bij kanker 6-12-2019 Pijn bij patiënten met kanker - Richtlijnen Palliatieve zorg (palliaweb.nl) Hoewel de evidentie alleen is verzameld voor de diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker zijn de aanbevelingen ook grotendeels van toepassing voor patiënten met andere levensbedreigende aandoeningen
 - Richtlijn pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen 6-12-2019. [Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](http://Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen - Richtlijnen Palliatieve zorg (palliaweb.nl))



Valpreventie

Het verbeterdoel stimuleert het voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen door een val Valpreventie

Letsel en functieverlies (dat mensen niet meer kunnen doen wat ze deden) door een val bij (kwetsbare) ouderen heeft vaak ernstige gevolgen voor hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven. Ook overlijden ouderen als gevolg van een val.

Kwetsbare ouderen met letsel door een val hebben een hoog risico op een herhaalde val. Aan de ene kant komt dit door de onderliggende oorzaak van de val. Aan de andere kant komt dit door mogelijk functieverlies ten gevolge van de val.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het stimuleren van het hebben van beleid op de spoedeisende hulp (SEH) voor:
 - a. Signalering van valrisico (als iemand door een val bij de SEH komt) en vervolgens:

- b. Een multifactoriële (vanuit meerdere gezichtspunten) valrisicobeoordeling en behandeling hierop.
 - c. Regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling.
2. Het stimuleren van het op tijd en adequaat goed signaleren van veranderingen in het aantal valincidenten tijdens opname.
 3. Het stimuleren van multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname.

Beeld

Het voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen na een val is in menig ziekenhuis nog een punt van aandacht. Dit is wat we zien:

- Veel ziekenhuizen hebben een beleid op de SEH over signalering van valrisico bij kwetsbare ouderen.
- Ook dit jaar valt op dat meerdere ziekenhuizen verwijzen naar de 'acuut presenterende oudere patiënt' (APOP)-screening. APOP-screening alléén is niet voldoende om het risico op vallen in te schatten. APOP-screening is een hulpmiddel om kwetsbaarheid in kaart te brengen en functionele achteruitgang te voorspellen. Een aantal ziekenhuizen kiest ervoor om de APOP-screening uit te breiden met één of twee valrisicovragen om het risico op een herhaalde val te kunnen signaleren.
- Evenals vorige jaren is de multifactoriële valrisicobeoordeling van patiënten die zich presenteren op de SEH na een val nog niet geborgd.
- Regionale afspraken met ketenpartners over de uitvoering en taakverdeling van een multifactoriële valrisicobeoordeling is in een enkel ziekenhuis geborgd.
- In een aantal ziekenhuizen wordt op de SEH na een positieve signalering van valrisico een klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde of een *geriatric emergency team* (GEM)-team in consult gevraagd. De multifactoriële valrisicobeoordeling met bijbehorend behandelplan of behandeladvies wordt meegenomen in de overdracht naar de huisarts, verpleeg- verzorgings- of thuiszorginstelling.
- Veel ziekenhuizen hebben geborgd dat het aantal valincidenten tijdens opname wordt geanalyseerd.
- Net als vorig jaar heeft een deel van de ziekenhuizen passende maatregelen tijdens opname genomen. Dit is op basis van de uitkomsten van de multifactoriële valrisicobeoordeling en vervolgens de behandeling van een onderliggend lijden, wat het risico op vallen vergroot. Meerdere ziekenhuizen geven geen volledig beeld. Zo is niet altijd duidelijk welke beoordeling wordt uitgevoerd, wie deze uitvoert en of dit ook uitgevoerd wordt als een patiënt tijdens de opname is gevallen.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Centrale regie voor het voorkomen van letsel en functieverlies als gevolg van een (herhaalde val), bijvoorbeeld via een expert-groep ouderen, werkgroep valpreventie, een GEM team.
- Kennisoverdracht op afdelingen via 'aandachtvelders' (medewerkers die als aandachtsgebied valpreventie hebben).
- Een *geriatric emergency team* (GEM)-team dat in consult komt op de SEH als een kwetsbare oudere zich op de SEH presenteert na een val. Het doel van dit GEM-team is om op de SEH tijdig te komen tot goed afgewogen, zinvolle diagnostiek en behandeling. Een mooi voorbeeld van multifactoriële valrisicobeoordeling en behandelplan.
- Na een herhaalde val in het ziekenhuis werd bij een ziekenhuis een multifactoriële valrisicobeoordeling uitgevoerd om een gericht behandelplan in te zetten.
- In de verpleegkundige ontslagbrief of medische ontslagbrief nam een ziekenhuis de toegepaste preventieve maatregelen en adviezen aan patiënt en familie / mantelzorgers en opvolgend zorgverlener op om een herhaalde val te voorkomen.
- Meerdere goede voorbeelden gaan over regionale afspraken met ketenpartners. Er zijn mooie initiatieven van scholing over (kwetsbare) ouderen bij ketenpartners in de regio. Dit maakt dat een patiënt met een valrisico sneller herkend wordt met als doel een herhaalde val te voorkomen.



Wat moet beter

Multifactoriële valrisicobeoordeling van (kwetsbare) ouderen na een val kan en moet beter. Dit geldt voor de valrisicobeoordeling op de SEH als ook tijdens een opname in het ziekenhuis. Dit is belangrijk om een herhaalde val te voorkomen. Vervolgens is de overdracht van de uitkomsten van deze multifactoriële valrisicobeoordeling in de keten cruciaal.

Ziekenhuizen moeten betere regionale afspraken maken met ketenpartners over de uitvoering en taakverdeling. Het gaat om afspraken gebaseerd op de uitkomsten van de multifactoriële valrisicobeoordeling.

Ziekenhuizen moeten zicht hebben op valincidenten tijdens opname, eventuele trends signaleren en gericht verbeteren. De IGG verwacht van ziekenhuizen die elementen van dit verbeterdoel nog niet hebben geborgd, dat ze hieraan gaan werken. De goede voorbeelden van andere ziekenhuizen kunnen hierbij inspireren om te leren van elkaar en samen te verbeteren.

Richtlijn

- [Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen \(2017\)](#)
- [VMS veiligheidsprogramma kwetsbare ouderen \(2012\)](#)

Literatuur:

- Healey F, Scobie S, Oliver D, et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual Saf Health Care*. 2008 Dec;17(6):424-30;



Vrijheidsbeperkende interventies

Het verbeterdoel stimuleert het terugdringen van de inzet van (zware) VBI

Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)

VBI worden (nog) frequent toegepast in ziekenhuizen. Dit gebeurt als de veiligheid van de patiënt (zoals verhoogd valrisico) of die van anderen (zoals door agressief gedrag) in het gedrang komt. Of als het nodig is voor levensnoodzakelijke behandelingen. Het toepassen van (zware) VBI kan grote gezondheidsrisico's met zich meebrengen en fysieke en/of psychische schade veroorzaken. Het toepassen van (zware) VBI moet dan ook tot een minimum beperkt worden. Met dit verbeterdoel moeten instellingen het toepassen van (zware) VBI (score 5) terugdringen.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Visie, beleid en ambitie voor het weloverwogen toepassen van (zware) VBI.
2. Terugdringen van het toepassen van (zware) VBI.
3. Stimuleren van leren en verbeteren door zorgprofessionals op het thema VBI.

Beeld

In meerdere ziekenhuizen is het verbeterdoel onder de aandacht. Dit is wat we zien:

- Meerdere ziekenhuizen hebben een visie en beleid met de focus op het terugdringen van de inzet van (zware) VBI (score 5). Uit de voorbeelden blijkt dat de aandacht zich steeds meer richt op preventie en kwetsbare ouderen.
- Ziekenhuizen zijn zich bewust van de risico's van de inzet van (zware) VBI. Ook geven meerdere ziekenhuizen aan geen (zware) VBI meer te gebruiken op verpleegafdelingen. Deze ziekenhuizen geven aan zich te richten op de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen. Hiermee kan het toepassen van (zware) VBI worden voorkomen. Meerdere verbetertrajecten zijn zichtbaar.

- Uit de aanlevering blijkt een grote diversiteit in het aantal ingezette zware VBI (score 5). Zo geeft een ziekenhuis aan zeven keer zware VBI in één jaar tijd toegepast te hebben waar een ander ziekenhuis aangeeft 160 keer zware VBI in één jaar toegepast te hebben.
- Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat zij leren van anderen en zich zo verbeteren op het thema ‘terugdringen van inzet van (zware) VBI’.
- Daarnaast is te zien dat er kennisoverdracht is voor zorgprofessionals via scholing, praktijktraining, bespreking van casuïstiek (voorbeelden uit de praktijk) en klinische lessen. Het is niet altijd duidelijk of de deskundigheidsbevordering een structureel karakter heeft. De kennisoverdracht richt zich ook dit jaar vooral op verpleegkundigen. Een aantal ziekenhuizen heeft aandacht voor de scholing van artsen (niet) in opleiding tot medisch specialist (A(N)IOS) en medisch specialisten.
- De inzet van (zware) VBI wordt vaker centraal belegd bij aandachtvelden (medewerkers met VBI als aandachtsgebied), een zogenaamd vrijheidsbeperkende interventie team (VIT) of een *geriatric emergency team* (GEM)-team.
- Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat de besluitvorming voor de inzet van VBI multidisciplinair plaatsvindt.
- Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat de monitoring van de inzet van (zware) VBI en ook de aanwezigheid van voldoende hulpmiddelen voor (mildere) VBI knelpunten zijn.



Goede voorbeelden ter inspiratie

Er zijn goede voorbeelden van ziekenhuizen die het verbeterdoel VBI volledig hebben ingevoerd. Deze ziekenhuizen hebben een duidelijke visie en beleid om de inzet van (zware) VBI terug te dringen. Zij stimuleren zorgprofessionals om te leren van elkaar en van andere ziekenhuizen en zo te verbeteren. Deze ziekenhuizen meten of verbetermaatregelen het gewenste effect hebben en stellen zo nodig het beleid bij. Deze ziekenhuizen hanteren de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus. Het is belangrijk om van elkaar te leren en samen te verbeteren. Verder zien we de volgende goede voorbeelden:

- Multidisciplinaire besluitvorming door minimaal de hoofdbehandelaar/dienstdoende. Verpleegkundige en expert VBI vóór de inzet van (zware) VBI.
- De inzet van een vrijheidsbeperkende interventie team (VIT) of een geriatrieteam dat 24/7 beschikbaar is. De leden van het VIT zijn expert op het gebied van inzet van VBI. De focus ligt op de signalering van mogelijk probleemgedrag, preventie en de inzet van alternatieve maatregelen.
- Scholing over preventieve maatregelen om de inzet van (zware) VBI te voorkomen.
- Scholing met praktische onderdelen zoals ‘ervaringsleren’ waarbij verpleegkundige, arts assistenten en avond/ nachthoofden zelf een VBI ervaren.
- De toepassing van zware VBI voorbehouden aan een aantal afdelingen, bijvoorbeeld spoedeisende hulp (SEH), intensive

care (IC) of een neurologieafdeling. En daarmee de keuze om niet meer op verpleegafdelingen patiënten te focussen.

- In meerdere ziekenhuizen zijn er programma’s als: *train-de-trainer*; moreel beraad, *coaching-on-the-job* en introductieprogramma’s. Ook heeft een ziekenhuis een pubquiz over het thema ‘terugdringen van inzet van (zware) VBI’.
- Leren via het project KwalITIJD van V&VN (verpleegkundigen en verzorgenden Nederland).
- Leren in en met de regio via de inzet van een *escape room*.
- Contact met IC afdelingen van andere ziekenhuizen over de inzet van VBI om van elkaar te leren.
- Registratie en structurele monitoring van de inzet van (zware) VBI. Of het doen van een onderzoek om (zware) VBI te voorkomen. Samen met structurele uitvoering van audits en analyse van incidentmeldingen geeft dit ziekenhuizen inzicht in de uitvoering van VBI-beleid en waar ruimte voor verbetering is.
- Een zogenaamde ‘FRAM-analyse’ met interviews met beveiligers en betrokken zorgprofessionals (verpleegkundigen, artsen, zorgmedewerkers) om (zware) VBI te voorkomen.
- Patiëntevaluatie om zicht te krijgen op hoe de patiënt de inzet van (zware) VBI heeft beleefd.



Wat moet beter?

Dit is de tweede keer dat het verbeterdoel VBI is uitgevraagd. Deze aanlevering geeft het beeld dat meerdere ziekenhuizen goed op weg zijn om de inzet van (zware) VBI in Nederland verder terug te dringen. Daarbij worden ziekenhuizen opgeroepen om van elkaar te leren en zo te verbeteren, door bijvoorbeeld bij elkaar te gaan kijken hoe de inzet van (zware) VBI wordt voorkomen.

Ook ziet de IGJ dat (zware) VBI steeds minder vaak voorkomt. Hierdoor is het voor ziekenhuizen belangrijk om beleid te maken op het bekwaam blijven in het uitvoeren van deze risicovolle handeling namelijk (zware) VBI (score 5) door verpleegkundigen.

De IGJ benadrukt dat de inzet van (zware) VBI bij een patiënt met een delier en de inzet van fixaties bij patiënten met dementie op de V&VN ‘Beter laten lijst’ (mei 2023) staat.

Tot slot geeft een aantal ziekenhuizen een aantal knelpunten aan. Dit onderschrijft het belang van een duidelijke visie en beleid op de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen om de inzet van (zware) VBI terug te dringen. Hiervoor zijn een goede inventarisatie van benodigde middelen en structurele monitoring van de inzet van (zware) VBI nodig. Net zoals het essentieel is om te leren van elkaar door goede voorbeelden te delen en zo te verbeteren. Het uitgangspunt is en blijft, dat de inzet van (zware) VBI (score 5) (bijna) nooit nodig zou moeten zijn.

Op 14 oktober 2024 heeft de IGJ een inspiratiesessie georganiseerd over het terugdringen van de inzet van (zware) VBI. Een rode draad van deze inspiratiesessie wordt gepubliceerd op de website van de IGJ.

Richtlijn

[V&VN Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij 2013](#)